ANEXO X

Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, Subprograma de Apoyos a Personas en Estado de Necesidad

LISTA DE ASISTENCIA

Responsable del llenado: (Integrante del Comité de Contraloria Social)

DATOS GENERALES

Nombre del Comíte: _____

No. de registro del Comité de contraloria Social: _____ Fecha: _____ / ____ / _____

DATOS DE LA REUNIÓN

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Dependencia que ejecuta el programa: _____

Nombre del programa: _____

Nombre del proyecto: _____

Tipo de Apoyo: _____

ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Dependencia/ Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma